自 費 同 意 書

本人_____申請「臺南市政府114年度辦理原住民族長者裝置假牙執行計畫」，已充分了解申請補助對象資格、補助項目、補助金額等相關規定，因病情需求，□本人或□家屬經牙醫師_____詳細說明後，已確實瞭解所提供之醫療費用超出申請計畫補助金額，自願負擔補助之額外費用（醫療項目及費用如背面列表），共計新臺幣_____元。

此致　臺南市政府

立同意書人：（簽名及蓋章）　　與病人關係：

身分證字號：　　聯絡電話：

戶籍地址：

中　華　民　國　　年　　月　　日